

The Greek Review of Social Research

Vol 42 (1981)

42-43



Προγραμματισμός και ανθρώπινος παράγοντας στην υγεία

Νίκος Φακιολάς

doi: [10.12681/grsr.424](https://doi.org/10.12681/grsr.424)

Copyright © 1981, Νίκος Φακιολάς



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Φακιολάς Ν. (1981). Προγραμματισμός και ανθρώπινος παράγοντας στην υγεία. *The Greek Review of Social Research*, 42, 211–221. <https://doi.org/10.12681/grsr.424>

προγραμματισμός καί άνθρωπινος παράγοντας στήν υγεία

του
Νίκου Φακιολά
Έρευντή του ΕΚΚΕ

Έχουμε συνηθίσει, όταν μιλάμε για τη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα στο σύστημα της υγείας μιάς χώρας, να έννοούμε τη συμβολή του υγειονομικού δυναμικού μόνο ή, άκόμα, του ιατρικού δυναμικού της. Αδτή όμως είναι μιά μονόπλευρη θεώρηση. Άρκει νά θυμηθούμε τόν σύγχρονο όρισμό της υγείας πού δέν αναφέρεται μόνο στή σωματική, αλλά συγχρόνως στήν ψυχική και κοινωνική ισορροπία τών ατόμων.¹ Άρκει νά επισημάνουμε ότι ή υγεία δέν προσφέρεται από κανέναν, αλλά καταχτείται. Είναι, δηλαδή, άποτέλεσμα διαρκών αγώνων και προσπάθειών της ανθρωπότητας. Δέν θά πρέπει, συγχρόνως, νά άγνοήσουμε ότι οι ίδιοι οι άνθρωποι ενεργώντας άπερίσκεπτα ή κερδοσκοπικά, πολλές φορές, τήν άφαιρούν από τόν ίδιο τους τόν έαυτό ή τούς συνανθρώπους τους. Τό κράτος, έκφράζοντας άνάλογα μέ τή φύση ή τό συσχετισμό τών κοινωνικών δυνάμεων πού περικλείει διαφορετικά κάθε φορά συμφέροντα, ενεργεί μέ επιφύλαξη σέ όφελος τών τολμηρών ή τών ισχυρών. Μιά όποιαδήποτε θεώρηση, πού άγνοεί σκόπιμα ή συμπτωματικά αδτή τήν κατάσταση πραγμάτων, παθητικοποιεί και παραμερίζει τό λαό, άπαλλάσσει άπό κάθε εθύνη όσους συμβάλλουν στή διαμόρφωση τών συνθηκών και προϋποθέσεων μιάς υγιεινής διαβίωση ενός πληθυσμού και άποδίδει, τελικά, ρόλο χαρισματικό και καθοριστικό στους υγειονομικούς, και πίο πολύ στους γιατρούς.

Τό μεμονωμένο άτομο, οι οργανωμένες κοινωνικές ομάδες, τό σώμα τών υγειονομικών, ό άσθενής και υγιής πληθυσμός, οι διάφορες κυβερνήσεις, καθορίζουν τή δομή και τή λειτουργία του συστήματος υγείας μιάς χώρας και προσδιορίζουν τό επίπεδό του. Συγχρόνως, διαμορφώνουν τή στάση τους επηρεασμένοι άπό τις γενικότερες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες πού έπικρατούν στή χώρα.

Ο κοινωνικός προγραμματισμός, άπό τήν άλλη πλευρά, έχει κύριο σκοπό τήν πρόβλεψη τών μελλοντικών άναγκών τών μελών μιάς κοινωνίας και τήν επισήμανση τρόπων και μέσων αντιμετώπισής τους. Η προοπτική αδτή πού διαγράφει τό μέλλον, για νά υλοποιηθεί άμεσα, προϋποθέτει ισορροπημένες σήμερα κοινωνικές συνθήκες και λειτουργίες πού δέν είναι, όμως, χαρακτηριστικό στοιχείο τών δυτικών κοινωνιών.

Έτσι, για μās, ό κοινωνικός προγραμματισμός πρέπει νά περιλαμβάνει τήν αξιολόγηση και επιλογή τών πίο εϋστοχων άπό τις παλιότερα δοκιμασμένες μεθόδους και τή μελέτη νέων διαδικασιών όρθολογικής συγκρότησης και ισορρόπησης και, συγχρόνως, έπανασυγκρότησης διάφορων τομέων της κοινωνικής μας ζωής πού έχουν μικρή ή τό χειρότερο διαστρεβλωμένη ανάπτυξη. Αδτή ή πρακτική άφορά, άναμφισβήτητα, και τόν τομέα της υγείας πού στίς μέρες μας άποτελεί κεντρικό σημείο ένδιαφέροντος και φροντίδας.

1. WHO, Constitution, *Basic Documents*, 26th ed., Geneva, 1976, σελ. 1.

Τέτοιες, όμως, εφαρμογές προσκρούουν σε διάφορους περιορισμούς που οφείλονται σε ανεπάρκεια ή άστοχη χρησιμοποίηση οικονομικών πόρων, μέσων, γνώσεων, κατάλληλου υγειονομικού δυναμικού, συντονιστικών ή οργανωτικών μεθόδων, και ακόμα στη μεθοδευμένη και συνειδητή επενέργεια σκοπιμότητας οικονομικής ή και πολιτικής φύσης.² Αυτό ισχύει για τις περισσότερες χώρες, αφού τό χάσμα μεταξύ των θεωρητικών διακηρύξεων και της ουσιαστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας παρακολουθεί την παγκόσμια οργανωμένη υγειονομική πρακτική.³

Στήν Ελλάδα, όπως είναι γενικότερα παραδεκτό, ολόκληρο τό σύστημα υγείας χρειάζεται τολμηρές επεμβάσεις, και μάλιστα άμεσες.⁴ Αυτό είναι μία διαπίστωση που ίχνηλατεί τό πάγιο αίτημα του έλληνικού λαού και, πολλές φορές, εκείνων των υγειονομικών που έχουν πρώτα πραγματική αγάπη και ενδιαφέρον για τή δουλειά τους και έπειτα αδημέμη κοινωνική εδύθη και σοβαρότητα.

Η έπεξεργασία του προβλήματος αυτού συνολικά είναι άδύνατη σε ένα μοναδικό άρθρο. Σκοπός λοιπόν εδώ είναι νά αναφερθούμε, κυρίως, στον προγραμματισμό του ιατρικού δυναμικού τής χώρας μας, και ιδιαίτερα στις δυνατότητες επηρεασμού τής σημερινής αναλογίας γιατρού/κατοίκων. Δέν θά παραβλέψουμε, βέβαια, τήν παράλληλη ανάγκη για προγραμματισμό στις υπόλοιπες ομάδες υγειονομικών ή σχετικών με τήν υγεία κοινωνικών και άλλων επιστημόνων, ούτε θά άνοήσουμε τήν αποφασιστική σημασία συγκρότησης προγραμμάτων για ενημέρωση και συμμετοχή όλων των πληθυσμιακών στρωμάτων⁵ με στόχο τήν άποφυγή τής υπέρχουσας αδράνειας και άδιαφορίας τους για εξασφάλιση άποτελεσματικότερων υπηρεσιών υγείας μέσα από καλύτερες και ανθρώπινότερες συνθήκες διαβίωσης και έργασίας.⁶ Η έπίσημη μορφήν συμπεριφοράς άλλων οργανωμένων και σχετικών με τήν υγεία κοινωνικών ομάδων είναι αναπόφευκτα μία ακόμα σκοπιμότητα ενός άρθρου που αναφέρεται στον ανθρώπινο παράγοντα και τήν υγεία.

σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα

Ο τρόπος πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας τής ασθένειας, σάν μία ένότητα άσκούμενης στή χώρα μας πολιτικής τής υγείας, δίνει τό προβάδισμα και τόν κυριαρχικό ρόλο στό γιατρό άποσπόντως, κυριολεκτικά, από τούς άλλους υγειονομικούς, ή ακόμα τούς κοινωνικούς επιστήμονες⁶ ή τις λαϊκές μάζες, κάθε δυνατότητα για δημιουργική πρωτοβουλία, συνταυτισμένη ή συντονισμένη δράση και προσφορά.⁷

ΠΙΝΑΚΑΣ I. Νέοι πτυχιούχοι Ύατρικής Πανεπιστημίων Άθήνας και Θεσσαλονίκης στά άκαδημαϊκά έτη 1970-71 μέχρι και 1980

Άκαδημαϊκό Έτος	Πανεπιστήμιο Άθήνας		Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης		Σύνολο πτυχιούχων
	Σύνολο	Γυναίκες	Σύνολο	Γυναίκες	
1970-71	661	491	420	330	1.081
1971-72	723	169	632	207	1.355
1972-73	695	149	503	95	1.198
1973-74	589	114	487	107	1.076
1974-75	638	168	442	97	1.080
1975-76	666	177	471	86	1.137
1976-77	864	198	528	109	1.392
1977-78	576	160	381	95	957
1978-79	616	134	556	141	1.172
1979-80	731	178	480	98	1.211

Πηγή: ΕΣΥΕ, Δελτία Στατιστικής Άνωταής Έκπαίδευσης (1970-1980) και Ύπουργείο Παίδειας, Διεύθυνση Στατιστικής Άνωταής Έκπαίδευσης (1981).

Διαπιστώνεται ότι κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις ή αναλογία, ή σύνθεση, ή κατανομή και ή ποιότητα του ιατρικού δυναμικού τής Ελλάδας διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τόν τρόπο για τήν ανάπτυξη και προαγωγή τής υγείας και περιβάλλης αλλά και πολλών άλλων μεμονωμένων υιοθετούν όρισμένες πάγες και άνησυχτικές για τή χώρα μας διαπιστώσεις.⁸

Τό Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Έρευνών (ΚΕΠΕ) και τό Ύπουργείο Κοινωνικών Ύπηρεσιών έστρεψαν, μερικά, τήν προσοχή τους στή μελέτη αυτών των χαρακτηριστικών. Τά άποτελέσματα αυτής τής προσπάθειας άλλα και πολλών άλλων μεμονωμένων υιοθετούν όρισμένες πάγες και άνησυχτικές για τή χώρα μας διαπιστώσεις.⁸

Ύπάρχει, γενικά, πληθώρα γιατρών με άπογοητευτικά άστοχο κατανομή τους τόσο στον γεωγραφικό χώρο όσο και στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες.⁹ Τό ίδιο άνιση παρουσιάζεται και ή κατανομή των ένεργών γιατρών στις ομάδες ηλικιών με άριθμητική υπεροχή των νεότερων γιατρών και σχετικά περιορισμένου άριθμού στις ομάδες ηλικιών πάνω από 45 χρόνων.¹⁰ Ο συνολικός, μάλιστα, άριθμός των γιατρών παρουσιάζει τάσεις μεγαλύτερης άξησης (Πίνακας I) και άναπόφευκτα θά έξακολουθήσει έτσι στή διάρκεια τής δεκαετίας τού 1980, αφού οι μέχρι τότε άπόφοιτοι των Ύατρικών Σχολών τής χώρας έχουν ήδη εισαχθεί σε αυτές (Πίνακας II), ενώ οι άποχωρούντες από τό ιατρικό επάγγελμα, στό ίδιο χρονικό διάστημα, προβλέπεται νά είναι πολύ λιγότεροι. Οι ίδιωτες, μάλιστα, γιατροί άποχωρούν από τήν ένεργό επαγγελματική δράση σε πολύ προχωρημένη, σε σχέση με άλλους έπιστήμονες, ηλικία (Πίνακας III). Παράλληλα, έχει

2. Hall T. and Mejia A., *Health Manpower Planning*, WHO, Geneva, 1978, σελ. 152.

3. Έκθεση ομάδας Έργασίας ΚΕΠΕ, *Πρόγραμμα περιφερειακής ανάπτυξης*, Άθήνα, 1979, σελ. 16.

4. ΚΕΠΕ, *Ύγεια: Πρόγραμμα ανάπτυξης 1976-80*, Άθήνα, 1976, σελ. 383.

5. OECD, *New Directions in Education for Changing Health Care Systems*, Paris, 1975, σελ. 22.

6. Δοξιάδης Σπ., *Ένας γιατρός σκέπεται και γράφει*, εκδ. Έρμης, Άθήνα, 1977, σελ. 14,15.

7. Δημοκρατική Πανεπιστημονική Κίνηση, *Γιά τή λαϊκή υγεία: Περιβαλλον, νοσοκομεία, άσφάλιση, φάρμακα*. Κοινωνικές Μελέτες I, Άθήνα, σελ. 12, 13.

8. Παραπ. 3, και Ρομπόλης Σ., *Φώς στό σύστημα υγείας στην Ελλάδα*, *Οικονομικός Ταχυδρόμος*, τεύχ. 1242, Άθήνα, 23.2.78.

9. Ζώτου Γ., *Οι Έλληνες στήν ούρα για ένα γιατρό*, *Ταχυδρόμος*, 27.11.80.

10. ΚΗΚΥΚ, *Στοιχεία άπογραφής του ιατρικού δυναμικού τής Ελλάδας*, Άθήνα, 1979 (άδημοσίευτα).

ΠΙΝΑΚΑΣ II. Φοιτητές Ιατρικής ακαδημαϊκού έτους 1980-81

	Α' έτος	Β' έτος	Γ' έτος	Δ' έτος	Ε' έτος	Στ' έτος	Πτυχιούχοι
Πανεπιστήμιο Αθήνας	314	393	524	384	600	505	701
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης	294	387	386	431	463	445	606
Πανεπιστήμιο Πάτρας	72	81	97	68	—	—	—
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων	64	68	83	80	—	—	—
Σύνολο	744	929	1.090	963	1.063	950	1.307

Πηγή: Υπουργείο Παιδείας, Διεύθυνση Στατιστικής 'Ανώτατης Έκπαίδευσης (1980-81).

αυξηθεί τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των αποφοίτων Ιατρικών Σχολών του εξωτερικού που επιστρέφουν για να εργαστούν στη χώρα τους. Μιά ακόμα άνησυχητική ένδειξη είναι το εκδηλωμένο ενδιαφέρον γιατρών χωρών της ΕΟΚ για άπασχόληση πλούσια άμβιβόμενη στην Ελλάδα ή για νοσηλευτικές επιχειρήσεις σε συνεργασία με Έλληνες συναδέλφους τους. Ο αριθμός των γιατρών, μάλιστα, αυξήθηκε σημαντικά σε όλα τα κράτη-μέλη της ΕΟΚ τα τελευταία χρόνια. Συγκριτικά με τις άλλες δυτικο-ευρωπαϊκές χώρες έχουμε, πάντως, μαζί με την Ιταλία, τον μεγαλύτερο συνολικά αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (Πίνακας IV). Δυστυχώς, αυτό δεν ανεβάζει αυτόματα και το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού, αφού δημιουργεί άναπόφευκτα επαγγελματικούς ανταγωνισμούς με δυσμενέστερα επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας.¹¹ Θα μπορούσαμε, μάλιστα, να ισχυριστούμε ότι είναι ένα από τα αίτια που επιδεινώνουν το πρόβλημα της χορήγησης πολλών φαρμάκων στους Έλληνες άσθενείς.

Θά μπορούσε, βέβαια, να υποστηριχθεί ότι η υπερπληθώρα γιατρών πιθανόν να οδηγήσει στην καλύτερη κατανομή των ίδιων στον γεωγραφικό χώρο και στη ρεαλιστικότερη διασπορά τους σε Ιατρικές ειδικότητες.¹² Η ελληνική, όμως, εμπειρία διαψεύδει αυτό το επιχειρήματα. Όπως δείχνουν τα στατιστικά στοι-

11. Βλέπε παραπ. 4.
12. Βλέπε παραπ. 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ III. Χρόνια ενεργού δράσης γιατρών, που πήραν άνταξη γήρατος, 1961-75

Χρόνια ενεργού δράσης	1961-65		1966-70		1971-75	
	Γιατροί	%	Γιατροί	%	Γιατροί	%
Μέχρι 9	—	—	1	0,1	3	0,4
10-15	—	—	—	—	2	0,2
16-20	1	0,1	6	0,5	9	1,1
21-25	2	0,1	15	1,4	10	1,3
26-30	3	0,8	16	1,4	80	2,5
31-35	211	58	129	12	118	14,5
36-40	150	41	700	63	309	38,2
41-45	—	—	247	22	273	33,7
46 +	—	—	—	—	66	8,1
Σύνολο	367	100	1.114	100	810	100

Πηγή: Αρχεία ΤΣΑΥ. Έπεξεργασμένα στοιχεία 1978 (άδημοσίευτα).

χειά, ή σημαντική αύξηση του συνολικού αριθμού των γιατρών στη δεκατία 1967-76—σχεδόν διπλασιάστηκαν (Πίνακας V)—είχε σαν άποτέλεσμα μία άσημαντη μείωση της άνισοκατανομής τους μεταξύ πρωτεύουσας και επαρχίας. Την πενταετία 1967-71, τό ποσοστό γιατρών θεραπευτηρίων στην περιοχή της πρωτεύουσας είναι 61,4%, την πενταετία 1972-76 γίνεται 61%.¹³ Η άνισοκατανομή αυτή χειροτερεύει για την επαρχία στις περισσότερες κορεσμένες (τό 1967) ειδικότητες γιατρών θεραπευτηρίων, ενώ καλύτερευει για την επαρχία στις μη κορεσμένες ειδικότητες.¹⁴ Στο διάστημα όμως αυτό (1967-76), και ή συνολική αύξηση γιατρών στις μη κορεσμένες Ιατρικές ειδικότητες είναι πολύ μεγαλύτερη από εκείνη στις κορεσμένες ειδικότητες.¹⁵ Συγχρόνως, τά στοιχεία αυτά άφορουν γιατρούς θεραπευτηρίων μόνο και έπομένως μπορεί άπλά να σημαίνουν κάλυψη κενών ή νέων οργανικών θέσεων στα έπαρχιακά θεραπευτήρια και όχι στροφή των γιατρών εκεί. Ο τελευταίος ισχυρισμός ένισχύεται και από την παραμονή στην πρωτεύουσα εκείνων των γιατρών που απέκτησαν μία από τις κορεσμένες Ιατρικές ειδικότητες.

Ένδεικτικά, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από χώρες με άνάλογη κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη, μεγαλύτερος αριθμός γιατρών μετά από ένα επίπεδο (ένας γιατρος για 500-600 κατοίκους) δεν συμβαδίζει με χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα, ενώ μεγαλύτερος αριθμός εκπαιδευμένων μαιών και άδελφών νοσοκόμων και σταθερό αριθμό γιατρών συμβαδίζει.¹⁶ Βέβαια, ή βρεφική θνησιμότητα δεν είναι ό μοναδικός δείκτης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, ούτε λείπει κάποια άβεβαιότητα στην παγκόσμια βιβλιογραφία και την υγειονομική πρακτική γύρω από τον καθορισμό της ιδανικής αναλογίας γιατρού/κατοίκων ή για τό ένπιμητό συνολικό αριθμό υγειονομικών και τό συσχετισμό τους σε μία χώρα. Δεν υπάρχει, έπομένως, κάποια μοναδική μέθοδος για τον προγραμματισμό του Ιατρικού ή υγειονομικού γενικότερα δυναμικού άποδεκτική από όλους και άσφαλής για κάθε χώρα.¹⁷

13. ΕΣΥΕ, Δελτία Στατιστικής Κοινωνικής Προνοίας και Υγιεινής, 1969-1978.

14. Βλέπε παραπ. 8.

15. ΥΚΥ, Διεύθυνση 'Ανάπτυξης Υγειονομικού Δυναμικού (άδημοσίευτα στοιχεία, 1979).

16. Βλέπε παραπ. 6 και 8.

17. Knight, J., «Medical Manpower», *British Medical Journal*, 1, 562, 1978.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV. Ἀναλογία γιατροῦ/κατοίκων στὶς χώρες τῆς ΕΟΚ καὶ αὐξηση % τὰ ἔτη 1960-1975

Χώρα	Ἔτος	κάτοικοι/ γιατρός	αὐξηση γιατρῶν ἔτη 1960-75
Ἀγγλία-Οὐαλία	1975	679	38
Βέλγιο	1975	530	62
Γαλλία	1975	680	80
Δανία	1974	562	62
Δυτ. Γερμανία	1975	521	49
Ἑλλάδα	1975	490	76
Ἰρλανδία	1975	830	27
Ἰταλία	1975	442	57
Λουξεμβούργο	1975	942	20
Ὀλλανδία	1975	624	70

Πηγές: EEC III/677/1/77 καὶ WHO, *World Health Statistics*

ΠΙΝΑΚΑΣ V. Ἐξέλιξη συνολικοῦ ἀριθμοῦ ἐνεργῶν γιατρῶν στὴν Ἑλλάδα (1967-1976)

Ἔτος	Γιατροί	
	Σύνολο	Ἑλλάδας
		Κάτοικοι/ γιατρός
1967	12.839	679
1968	13.159	664
1969	13.712	640
1970	14.263	616
1971	14.883	593
1972	15.351	579
1973	16.984	526
1974	17.942	499
1975	18.421	490
1976	19.340	474

Πηγές: ΕΣΥΕ, Στατιστικὲς Ἐπετηρίδες Ἑλλάδος, 1968-1978.

μέθοδοι προγραμματισμοῦ τοῦ υγειονομικοῦ δυναμικοῦ

Γιὰ τὸν καθορισμὸ τοῦ ἀριθμοῦ τῶν υγειονομικῶν πού χρειάζεται τὸ σύστημα υγείας κάθε χώρας εἶναι ἀπαραίτητο νὰ ἀκολουθήσουμε διαδικασία δύο σταδίων. Πρῶτα πρέπει νὰ ὑπολογίσουμε τὴ συγκεκριμένη ζήτηση ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν ἀπὸ τὸν πληθυσμὸ τῆς καὶ μετὰ νὰ μελετήσουμε τρόπους ἀνάπτυξης ἐνὸς σώματος υγειονομικῶν, ἱκανοῦ καὶ ἐπαρκοῦς νὰ προσφέρει αὐτὲς τὶς ὑπηρεσίες.

Ἐπὶ αὐτῶν τέσσερις συνθετερες μέθοδοι γιὰ τὸν ὑπολογισμὸ τῆς ζήτησης ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν καί, σὲ ἐπέκταση, τοῦ ἀνθρώπινου δυναμικοῦ πού θὰ τὶς προσφέρει.¹⁸ Φυσικά, πέρα ἀπὸ αὐτὲς τὶς βασικὲς μεθόδους, ὑπάρχουν καὶ ἄλλες συγγενεῖς, χωρὶς μάλιστα νὰ ἀποκλείονται πολλαπλοὶ συνδυασμοὶ τους.¹⁹

18. T.Hall and A.Mejia, *Health Manpower Planning*, WHO, 1978, σελ. 63.

19. Vector Research, Inc., *A Health Manpower Model Evaluation Study*.

Στὴν πρώτη—τὴ μέθοδο τοῦ ἐπιστημονικοῦ προσδιορισμοῦ τῶν υγειονομικῶν ἀναγκῶν τοῦ πληθυσμοῦ μίας χώρας—καθορίζονται μὲ ἱατρικά καὶ τεχνολογικά-τεχνοκρατικά κριτήρια οἱ ἀντικειμενικά διαπιστωμένους υγειονομικὲς ἀνάγκες, ὅχι οἱ ἐπιθυμίες τοῦ πληθυσμοῦ γιὰ υγειονομικὴ φροντίδα, ἀνάλογα μὲ τὰ κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα καὶ τὶς ἰδιομορφίες πού τὸν χαρακτηρίζουν. Αὐτὲς κρίνονται, τελικά, οἱ πραγματικὲς ἀνάγκες υγείας. Ἔτσι, μπορεῖ νὰ ὑπολογιστεῖ ὁ ἀριθμὸς καὶ τὸ εἶδος τῆς ἀπαιτούμενης ἐκπαίδευσης τῶν υγειονομικῶν πού θὰ τὶς ἱκανοποιήσουν.

Ἡ δευτέρη—ἡ μέθοδος τῶν προκαθορισμένων στόχων γιὰ τὴν ἀνάπτυξη τῆς υγείας—ἔχει κανονιστικὸ χαρακτήρα καὶ στοχεύει στὴν παραγωγή υγειονομικοῦ δυναμικοῦ πού θὰ μπορεῖ νὰ ἱκανοποιήσει, συμβατικά, ἕναν ἐπιθυμητὸ, κυρίως ἀπὸ τὴν πλευρὰ τοῦ κράτους, ἀριθμὸ καὶ εἶδος ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν τοῦ πληθυσμοῦ του. Ἐδῶ, μπορεῖ νὰ συνυπολογιστοῦν οἱ ἀνάγκες υγείας καὶ οἱ ἐπιθυμίες γιὰ ἱατρικὴ φροντίδα τῶν κατοίκων, οἱ οικονομικὲς προϋποθέσεις πού ἀπαιτοῦνται, οἱ ἀναλογίες υγειονομικῶν/πληθυσμοῦ καὶ ἄλλες προϋποθέσεις γιὰ τὴν ὑλοποίηση τοῦ σχεδίου.

Ἡ τρίτη—ἡ μέθοδος τῆς ζήτησης ὑπηρεσιῶν υγείας—ἔχει ἀξονα κίνησης τὴν παρατηρούμενη ἢ προβλεπόμενη οικονομικὴ δυνατότητα ἐνὸς πληθυσμοῦ νὰ ζητήσει καὶ νὰ χρησιμοποιοῦσε στὸ κόστος τους ἕνα σύνολο ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν. Αὐτὲς οἱ ἔκτιμησης καθορίζουν, στὴ συνέχεια, τὸν ἀριθμὸ τῶν υγειονομικῶν πού θὰ ἀπαιτηθεῖ γιὰ νὰ καλυφθεῖ ἡ ζήτηση μὲ πρόβλεψη γιὰ ἐνδεχόμενη περιθωριακὴ αὐξηση τῆς, ἀφοῦ, ὅπως ἔχει ἐπισημανθεῖ σὲ μελέτες,²⁰ οἱ ἀπαιτήσεις ἐνὸς πληθυσμοῦ γιὰ ἱατρικὲς ὑπηρεσίες πολλαπλασιάζονται μὲ τὴν καλύτερη ἀνάπτυξη καὶ προβολὴ τῶν ἴδιων τῶν υγειονομικῶν ὑπηρεσιῶν ἢ τὴν ἀνοδο τοῦ βιοτικοῦ τοῦ ἐπιπέδου.²¹

Ἡ τέταρτη—ἡ μέθοδος τῆς ἀναλογίας υγειονομικῶν/κατοίκων ἢ γιατρῶν/κατοίκων—χρησιμοποιοῦται σάν ὁδηγὸ γιὰ τὸν ὑπολογισμὸ τοῦ ἀπαιτούμενου υγειονομικοῦ προσωπικοῦ μίας χώρας, πρότυπος ἀναλογίες ἱατρικοῦ ἢ υγειονομικοῦ δυναμικοῦ/κατοίκων, πού προέρχονται ἀπὸ συγκρίσεις μεταξὺ χωρῶν μὲ ψηλότερο ἐπίπεδο ἀνάπτυξης καὶ κάποια διαπιστωμένη ἰσορροπία καὶ ἐπάρκεια τοῦ συστήματος υγείας τους. Συχνά, τὰ χαρακτηριστικά τοῦ πληθυσμοῦ καὶ ἡ σύνθεσή του, ἡ ποιότητα τοῦ ἀντίστοιχου υγειονομικοῦ δυναμικοῦ καὶ ἄλλοι παράγοντες συνυπολογίζονται γιὰ σωστότερη σύγκριση καὶ προσαρμογὴ ἐνὸς προτύπου, πού ἰσχύει σὲ μιά χώρα, στὸ σύστημα υγείας κάποιας ἄλλης.

Vol. I: «An Analysis of Health Manpower Models».

Vol. II: «An Inventory of Health Manpower Models». Washington, D.C. USA, Department of Health, Education and Welfare, 1974 [DHEW Publication No (HRA) 75-19].

20. Φακιολάς Ροσ., «Κριτικὴ ἐπισκόπηση τοῦ συστήματος παραχρῆς ὑπηρεσιῶν υγείας στὴν Ἑλλάδα», Εἰσήγηση, Συμπόσιο Ἐταιρείας Κοινωνικῶν Ἐρευνῶν καὶ Προγραμματισμοῦ, Ἀθήνα, Νοέμβριος 1980.

21. T.Ellis, «How Many Doctors-How Many Students? » *Proc. Roy. Soc. Med.*, 68, 1975, σελ. 495.

προσπάθειες προγραμματισμού στην Έλλάδα

Στην Έλλάδα, μέχρι τώρα, χρησιμοποιήθηκαν αποσπασματικά περισσότερο ή μέθοδος της αυθόρμητης ζήτησης υγειονομικών υπηρεσιών και ή μέθοδος των ανάλογων υγειονομικών/κατοίκων ή υγειονομικών/σοκομειακών κλινών με κάποιες δειλές αναφορές στις άλλες δύο μεθόδους. Αυτό δεν σημαίνει ότι θεωρήθηκαν και οι καταλληλότερες. Δεν έγιναν, δηλαδή, συνδυασμένες εκτιμήσεις της νομοθετικής, διοικητικής, οικονομικής-χρηματοδοτικής και κοινωνικής υποδομής, των λειτουργικών και οργανωτικών δυνατοτήτων της χώρας μας.²² Δεν έγινε επαρκής χρήση των στατιστικών γνώσεων και όλων των πληροφοριών, συμπεριλαμβανομένων και των κυβερνητικών προθέσεων, για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας και του υγειονομικού δυναμικού της στη συνέχεια. Δεν έγινε συστηματική πρόβλεψη για τη χώρα και τις συνθήκες εργασίας των υγειονομικών ούτε για την όρθολογική κατανομή των άρμοδιοτήτων τους. Χρησιμοποιήθηκαν έκκαιρικά και έπιφανειακά οι ενδοκότερες λύσεις, αφού και ή υγειονομική μας πολιτική δεν έχει παρουσιάσει ισχυρές ανανεωτικές τάσεις.²³ Στην περίπτωση που επιχειρείται ριζική αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας μιάς χώρας, οι άλλες δύο μέθοδοι θεωρούνται καταλληλότερες.²⁴

Σε αυτές τις προσπάθειες εντάσσονται οι κατευθύνσεις στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας που δίνει ή Έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία (1976).²⁵ Μιά ειδικότερη μελέτη επιχειρήθηκε από μέλη της Ομάδας Προγραμματισμού Υγείας του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών (1978), και κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν στην έρευνα αυτή για το ιατρικό δυναμικό.²⁶

Η έρευνα στηρίχτηκε κυρίως στη μέθοδο της αναλογίας γιατρού/κατοίκων με βάση το πρότυπο των άλλων ανεπτυγμένων δυτικο-ευρωπαϊκών χωρών. Σε αυτές τις χώρες, με ένα όρθολογικά ανεπτυγμένο σύστημα υγείας, οι αναλογίες γιατρού/κατοίκων 1/500 μέχρι 1/600 θεωρούνται ικανοποιητικές και έπαρκεις με την ανάλογη, φυσικά, κατανομή τους στον γεωγραφικό χώρο και τις ειδικότητες.

Στην Ελλάδα, τό 1975, είχαμε αναλογία γιατρού/κατοίκων 1/490 συνολικά για όλη τη χώρα, που γίνεται 1/350 τον ίδιο χρόνο στην περιοχή της πρωτεύουσας. Αυτή ή αναλογία γιατρού/κατοίκων για τό σύνολο της χώρας μπορεί να κριθεί ικανοποιητική, αν μάλιστα σκεφτούμε ότι τό ιατρικό δυναμικό των χωρών αυτών έχει στη διάθεσή του μέσα και γνώσεις πλου-

ΠΙΝΑΚΑΣ VI. Αναλογία νοσηλευτριών στον πληθυσμό και τά νοσοκομειακά κρεβάτια στις χώρες της ΕΟΚ

Χώρα	Χρονολογία	Νοσηλεύτρια/κάτοικοι	Νοσηλεύτρια νοσ/κά κρεβάτια
Βέλγιο	1976	1/279	1/2,5
Βρετανία	1977	1/230	1/2
Γαλλία	1976	1/169	1/1,8
Γαμία	1976	1/165	1/1,4
Α. Γερμανία	1977	1/254	1/3
Έλλάδα	1975	1/503	1/6,13
Γρουνία	1976	1/169	1/1,8
Γουία	1974	1/297	1/3,1
Δουβελιούργο	1977	1/262	1/3,1
Όλλανδία	1977	1/267	1/2,7

Πηγή: WHO. *World Health Statistics Annual*, Vol. II, 1980.

σιότερα και παισιώνεται από εκπαιδευμένο στό σύνολο του παραϊατρικού προσωπικό (Πίνακας VI).

Οι αναλογίες, όμως, αυτές έχουν ήδη ανατραπεί για την Έλλάδα, και προβλέπεται να ανατραπούν άκόμα περισσότερο, γιατί τά τελευταία χρόνια παρουσιάζονται έντονα αυξητικές τάσεις στό ιατρικό δυναμικό, ενώ τό νοσηλευτικό προσωπικό με τό δημιουργία νέων σχολών²⁷ αυξάνεται αντικαθιστώντας, συγχρόνως, τις πρακτικές άδελφές νοσοκόμους στό νοσηλευτικά ιδρύματα.²⁸ Έτσι, τό 1983, με ύπολογιζόμενο πληθυσμό της Έλλάδας 9.385.000²⁹ και προβλεπόμενο αριθμό γιατρών 25.100 συνολικά, ή αναλογία γιατρού/κατοίκων θά κατέλθει στό επίπεδο 1/374, γενικά, για όλη τη χώρα.³⁰ Μέ τους ίδιους ύπολογισμούς, αν ό αριθμός των νέων πτυχιούχων ιατρικής παραμείνει στό επίπεδο των τελευταίας δεκαετίας (1965-1975),³¹ χωρίς παράλληλα να αυξηθεί σημαντικά ό ρυθμός άποχώρησης των γιατρών (Πίνακας III), ή αναλογία γιατρού/κατοίκων θά φτάσει κάτω από 1/300 για όλη την Έλλάδα και, σίγουρα, πολύ χαμηλά στην περιφέρεια της πρωτεύουσας. Μιά τέτοια αναλογία γιατρού/κατοίκων θά πρέπει να προβλητιστεί πάρα πολύ τους άρμόδιους για την όργάνωση της υγείας και να άνησυχήσει τους ίδιους τους γιατρούς

27. ΥΚΥ (Άδημοσίευτα στοιχεία 1981): Λειτουργούν συνολικά 18 Άνωτερες Σχολές Άδελφών Νοσοκόμων, 3 Σχολές Έπισκεπτριών, 3 Σχολές Μαιών, 5 Σχολές Κοινωνικών Λειτουργών και 21 Μέσες Τεχνικές Έπαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές. Άπό τό 1980, λειτουργεί και μία Άνώτατη Σχολή Νοσοκόμων με τετραετή φοίτηση.

28. ΥΚΥ. Έκθεση Έπιτροπής για τό Νοσηλευτικό Έπαγγέλματα: (Άβραμίδης Λιον., Μαλγαρινού Μ., Φακιολάς Νικ. κ.ά.) Άθήνα, 1981 (άδημοσίευτη). Τό σύνολο του άπαρχολόγουμενου νοσηλευτικού προσωπικού στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περιβαλμη υγείας ύπολογίζεται 21.530 περίπου. Τό νοσηλευτικό προσωπικό με ειδική εκπαίδευση (Μέση-Άνώτερη) είναι 53,7% περίπου και τό ύπόλοιπο 46,3% είναι πρακτικές άδελφές.

29. ΕΣΥΕ (1977). Στατιστική της φυσικής κρίσεως του πληθυσμού της Έλλάδος έτους 1974, Άθήνα.

30. Βλέπε παραπ. 26.

31. ΕΣΥΕ. Δελτία Στατιστικής Άνωτάτης Έκπαίδευσης 1965/66-1976/77.

22. Antonopoulou Aglaia: *Le système de santé en Grèce et son intégration dans l'environnement économique et social*. These pour le doctorat 3ème cycle, Paris, 19.12.1979.

23. Ρίζος Ευάγγ. «Τί μπορεί να περμένει κανείς από τά νέα μέτρα για την Υγεία». *Οικονομικός Ταχυδρόμος*, άρ. φύλλ. 46(1332), 15.11.79.

24. Βλέπε παραπ. 2.

25. Βλέπε παραπ. 4.

26. Φακιολάς Νικ., Μπάζας Θεοδ., Λιαρόπουλος Α., «Συμβολή στον προγραμματισμό του ιατρικού δυναμικού της Έλλάδας ως τό έτος 2000», περίοδ. *Ίατρική*, τόμ. 34ος, τεχ. 1, 1978, σελ. 67.

πού σάν σώμα έχουν άλλοτε μεγαλύτερη³² και άλλοτε μικρότερη έπιρροή στό σύστημα υγείας, εκτός άν έκπαιδευμένοι γιατρούς πού θά μεταναστευούν για έργασια σέ ξένες χώρες.³³

Στή μελέτη μας, ξετίσάστηκε ή δυνατότητα ίσορρόπησης τής αναλογίας γιατρού/κατοίκων για να σταθεροποιηθεί στό έπιθυμητό σήμερα επίπεδο (1/500-1/600) τό έτος 2000 μέ περιορισμό, κυρίως, τών έγγραφωμένων στό πρώτο έτος όλων τών Ίατρικών Σχολών τής χώρας μας. Θά πρέπει ο αριθμός τών συνολικά έγγραφωμένων να μήν υπερβαίνει τούς 350 τό χρόνο, πού θά είχε και σάν άποτέλεσμα τήν ποιοτική βελτίωση τών συνθηκών εκπαίδευσης και ειδικεύσης τών Έλληνων γιατρών. Τήν τελευταία δεκαετία, γενικά, ο αριθμός αυτός εφτανε και κάποτε ξεπερνούσε τά 1.000 άτομα (Πίνακες I και II), ενώ μόνο στό 1979/1980/1981 άρχισε, έπειτα από συνεργασία Ύπουργείων Παιδείας και Κοινωνικών Ύπηρεσιών, κάποιο περιορισμό τών εισαγομένων στις Ίατρικές Σχολές, παρόλο πού αυτός ο αριθμός αδέξηθηκε στό επίπεδο 700-800 τό χρόνο, πού δέν θεωρείται άποτέλεσματικό, ενώ τό κόστος για τήν εκπαίδευσή τούς είναι πολύ μεγάλο.

Μπορεί, βέβαια, οί άνισες κατανομές τών γιατρών να δικαιολογούν κάποια παρέκκλιση από τόν αόστηρο περιορισμό πού προτείνει ή έρευνα, αλλά δέν θά πρέπει να άγνοούμε ότι μέ τήν ένταξη στην ΕΟΚ ένας αριθμός Έλλήνων ξετινιέμενων και ξένης ύηκοότητας γιατρών έρχονται να έργαστούν στην Ελλάδα³⁴ και έγκαθίστανται, κυρίως, στην πρωτεύουσα. Παράλληλα, ικανός αριθμός νέων γιατρών άφοποιτούν σήμερα από Ίατρικές Σχολές ξένων χωρών, κυρίως τής Ίταλίας, και προστίθενται ή σύντομα θά προστεθούν στο ένεργο ιατρικό δυναμικό τής χώρας μας.³⁵

Οί προτάσεις, πάντως, τέτοιων έρευνών είναι άπαραίτητο να έλέγχονται και να αναθεωρούνται κάθε χρόνο προσεκτικά.³⁶ Θά πρέπει ακόμα να γίνονται δεκτές μέ κάποια επιφύλαξη, γιατί ούτε όλες οί στατιστικές πληροφορίες πού συγκεντρώθηκαν είναι άπόλυτα έπαρκείς και αξιόπιστες ούτε όλες οί παραδοχές μας έχουν αόστηρά προσδιορισμένο χαρακτήρα. Συγχρόνως, ο σχεδιασμός και τά προγράμματα, πού βασίζονται σέ τέτοιες έρευνες, πρέπει να είναι τόσο μακροπρόθεσμο³⁷ όσο και ευέλικτα.³⁸ Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, αναμένεται στό έπόμενο χρόνο αύξηση τής ποσοστιαίας συμμετοχής τών ήλικιωμένων, πού έχουν περισσότερες ανάγκες υγείας, στόν πληθυσμό τής χώρας.³⁹ Μέ τήν άνοδο, έπίσης, τού βιοτικού έπι-

πέδου ενός πληθυσμού, οί έπιθυμίες για ύπηρεσίες υγείας πολλαπλασιάζονται.⁴⁰ Τονίζεται, πάντως, ότι έστω και προγραμματισμένος έλεγχος τής αναλογίας γιατρού/κατοίκων δέν σημαίνει αυτόματα, χωρίς μάλιστα άλλες σχετικές ρυθμίσεις στό σύστημα υγείας τής χώρας μας, ποιοτική συνολικά βελτίωση τού επίπεδου υγείας τού ελληνικού πληθυσμού. Άπό τήν άλλη πλευρά, μέ τίς σημερινές συνθήκες στό χώρο τής υγείας, μία ακόμα και πετυχημένη έπέμβαση για τή μείωση τού αριθμού τών εισαγομένων στις Ίατρικές Σχολές δέν θά μπορούσε να θεωρηθεί ικανό μέτρο για τήν ίσορρόπηση τού ιατρικού δυναμικού τής χώρας μας.

ή διεθνής έμπειρία στόν προγραμματισμό τού ιατρικού δυναμικού

Ή διαδικασία για μία ορθολογική αντιμετώπιση τών προβλημάτων σέ σχέση μέ τούς αριθμούς τών γιατρών είναι μακρόχρονη και πολύπλοκη, όπως μās δίδασκει ή διεθνής έμπειρία. Οί προσπάθειες πού έγιναν μέχρι τώρα στη χώρα μας, άν ποτέ όλοκληρώθηκαν, δέν κρίνονται έπαρκείς ούτε άσφαλεις για σωστό προγραμματισμό. Δέν είναι, όμως, ιδιαίτερα δύσκολο να πάρουμε τά πράγματα από τήν αρχή διαγράφοντας διαφορετική πορεία και έπαναπροσδιορίζοντας τούς στόχους μας.

Άπό ειδικούς στόν τομέα τού προγραμματισμού τού υγειονομικού δυναμικού τής Παγκόσμιας Οργάνωσης Ύγείας, έπισημαίνονται δέκα άλληλάλληλα στάδια ανάπτυξης του.⁴¹

Πρώτο βήμα είναι να προετοιμάσουμε ή να υποβάλουμε τόν προγραμματισμό. Πρέπει να γίνει συνείδηση όλων ότι τό κράτος όφείλει να εκπαιδεύει τούς επιστήμονες όσους έχει ή δυνατότητα να άπορροφήσει τό ίδιο ή/και να δημιουργεί ευκαιρίες να βρίσκουν σίγουρη επαγγελματική διεύοδο στο έσωτερικό τής χώρας ή κάπου άλλο με κάποια μεθόδευση. Αυτό είναι προϋπόθεση για να περιληφθεί ο προγραμματισμός τού υγειονομικού δυναμικού στόν γενικότερο προγραμματισμό τής υγείας τής χώρας σάν αναπόσπαστο και σημαντικό μέρος τού και να άποφασιστούν μεθοδούσεις προσαρμοσμένες στις ιδιομορφίες τού συστήματος ύπηρεσιών υγείας τής.

Ή σύσταση σώματος προγραμματιστών, αντιπροσωπευτικού όλων τών κύριων επαγγελματιών υγείας και ικανού να ανταποκριθεί μέ ύπευθυνότητα στις απαιτήσεις τέτοιων άίσθητων και πολύπλοκων σχεδίων, ή διάθεση μέσων, στοιχείων και πληροφοριών, ή προετοιμασία τής απαραίτητης ύποδομής, ή κατανοήση τών θέσεων και προθέσεων τής κυβέρνησης για τίς προτεραιότητες και τούς διατιθέμενους πόρους, όπως και τών άλλων ομάδων ένδιαφερομένων για τό σύστημα υγείας, ή διαγραφή σαφών στόχων ανάπτυξης υγειονομικού δυναμικού, ή κατάρτιση χρο-

32. Kolombatos J., et al., «Physicians View National Health Insurance: A Botanical Study», *Medical Care*, Vol. 13, No. 5, N.Y., May 1975, σελ. 369.

33. Βλέπε παραπ. 20.

34. Ύπουργείο Κοινωνικών Ύπηρεσιών, Διεύθυνση ΕΟΚ (1981, άδημοσίευτα στοιχεία).

35. Αρχείο ΔΙΚΑΤΣΑ, Άναγνωρίσεις πτυχίων γιατρών από σχολές έξωτερικού, 1979/1980/1981 (άδημοσίευτα στοιχεία).

36. Parkhouse J., «Simple Model for Medical Manpower Studies», *British Medical Journal* 2, 1977, σελ. 530.

37. Βλέπε παραπ. 2.

38. Βλέπ. παρ. 21.

39. Βλέπε παραπ. 29.

40. Βλέπε παραπ. 21.

41. Hornby P., Ray D.K., Shipp P.J., Hall T.L., *Guidelines for Health Manpower Planning*, WHO, Geneva, 1980.

νοδιαγραμμάτων, όλα αυτά εντάσσονται στις σκοπιμότητες μιας πρώτης προσέγγισης του θέματος.

Η συνεκτίμηση των παραπάνω δεδομένων θα οδηγήσει στο επόμενο βήμα, που είναι η σύνταξη μιας προκαταρκτικής κατατοπιστικής έκθεσης για το θέμα. Αύτη θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, το επίπεδο υπηρεσιών υγείας της χώρας, το είδος και την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης σε υγειονομικούς, τις αποκτημένες ικανότητες του υπάρχοντος υγειονομικού δυναμικού, τους τρόπους και τις δυνατότητες αξιοποίησης αυτού του δυναμικού.

Τά επόμενα δύο στάδια αναφέρονται στον άκριβη ύπολογοισμό του αριθμού διαθέσιμων υγειονομικών σήμερα και στο μέλλον, και στη συγκριτική εκτίμηση των αναγκών της χώρας σε άπλοτο αριθμό κατηγοριών υγειονομικών και σε συνδυασμούς τους. Ή μέχρι τώρα πρακτική αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών των δύο σταδίων στην Ελλάδα περιελάμβανε, όπως είδαμε, κυρίως την εκτίμηση των αναγκών της χώρας σε ιατρικό δυναμικό με βάση τη μέθοδο της αναλογίας γιατρού/κατοίκων ή νοσοκομειακών κρεβατιών και την περιορισμένη προσπάθεια για εκτίμηση των αναγκών σε άλλες κατηγορίες υγειονομικών. Το σημαντικότερο, όμως, είναι να δούμε ποιός αριθμητικός και ουσιαστικός συνδυασμός τους θα εξυπηρετούσε καλύτερα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Έπειδή, μάλιστα, βρισκόμαστε σε μία περίοδο που ή αίταιτη του κάποιου ριζική αναμόρφωση του συστήματος υγείας της χώρας μας παρουσιάζεται αναπόφευκτη και άποτελεϊ πάγιο λαϊκό αίτημα, είναι ανάγκη να στραφούμε περισσότερο στη μέθοδο των προκαθορισμένων στόχων για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας και, φυσικά, του ανθρώπινου δυναμικού που θα τους εκπληρώσει.

Στά επόμενα δύο στάδια προγραμματισμού, θα πρέπει να επισημανθούν και να εξαλειφθούν οι αδυναμίες του διαθέσιμου υγειονομικού δυναμικού να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας εξαιτίας της πιθανής αριθμητικής ανεπάρκειας ή της κακής κατανομής του, της έλλειψης ικανοτήτων και διάθεσης, της περιορισμένης παραγωγικότητας, της έλλειψης μέσων ή άλλων αιτιών ή συνδυασμού πολλών τέτοιων.

Για μία άρχική αναμόρφωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, επιβάλλεται να αντιμετωπιστεί άμεσα και σοβαρά το πρόβλημα της πληθώρας και κακής κατανομής των γιατρών με εκπαιδευτικά και οργανωτικά μέτρα ή και κίνητρα. Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα είναι η απελπιστική έλλειψη εκπαιδευμένων (ή γενικά) αδελφών νοσοκόμων. Τά κενά θα μπορούσαν να καλυφθούν με διάφορους τρόπους, όπως με περιορισμό των άρμοδιοτήτων τους στο χώρο του νοσηλευτηρίου σε καθαρά νοσηλευτικά καθήκοντα,⁴² άμεσα διορισμό αυτών που άποφοιτούν σε θέσεις νοσηλεύτριες και μόνο, καθιέρωση θεσμού μερικής άπασχόλησης, καλύτερηση της θέσης, των συνθηκών δουλειάς και του επαγγελματικού γοήτρου, αύξηση

της παραγωγικότητας, καλύτερη λειτουργία και μερική επέκταση των σχολών μαθητείας τους.⁴³

Συναφή προβλήματα υπάρχουν και για όλες τις άλλες κατηγορίες υγειονομικών, όταν ή ζήτηση δεν άναποκρίνεται στην προσφορά εργασίας ή αντίστροφα. Κάποτε, ούτε ή ζήτηση ούτε ή προσφορά είναι σωστά προσδιορισμένες. Φαινομενικά, για παράδειγμα, έχουν έπαρκεία ή άκόμα και πληθώρα έπισκεπτριών άν όμως άναπτυχθούν ίκανοποιητικά προγράμματα σχολικής και επαγγελματικής ύγιαινης, ή κατάσταση είναι σίγουρο ότι θα μεταβληθεί τόσο για τόν κλάδο τών έπισκεπτριών όσο και τών αδελφών νοσοκόμων, άφου πολλές φορές έπισκέπτριες ή μαίες άπασχολούνται στα νοσοκομεία με καθαρά νοσηλευτικά καθήκοντα καταλαμβάνοντας τις άνάλογες θέσεις. Ό νόμος που προβλέπει την κάλυψη τέτοιων θέσεων στα νοσοκομεία δεν άποτρέπει την άνάμιξη αυτή.

Η λύση λοιπόν τών προβλημάτων ίσορρόπησης τών άναλογιών υγειονομικών δεν μπορεί να είναι ούτε μία και μοναδική, ούτε μη έπιδεχόμενη τροποποιήσεις σε σχέση με το άρχικό σχέδιο. Η έπιλογή, όμως, της καλύτερης λύσης μεταξύ πολλών εναλλακτικών θα είναι μία άπό τις υποχρεώσεις της ομάδας προγραμματισμού σε συνεργασία με τούς άρμόδιους κρατικούς παράγοντες.

Τό επόμενο στάδιο είναι ή προσπάθεια για εξοάμλωση όλων τών οργανωτικών και διοικητικών δυσκολιών που θα προκύψουν άπό την εφαρμογή τών νέων προτάσεων για την άνάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού.

Έχοντας κάνει όλη αυτή την προεργασία ή ομάδα προγραμματισμού είναι πιά σε θέση να περάσει στην όγδοη φάση του προγράμματος καθορίζοντας την βραχυπρόθεσμ και μακροπρόθεσμ πολιτική που θα άκολουθηθεί και παρουσιάζοντας κάθε της λεπτομέρεια στους εκπροσώπους της κυβέρνησης και τών παραγωγικών τάξεων, άν συμμετέχουν σε κάποιο Έθνικό Συμβούλιο Υγείας.

Στό ένατο στάδιο, τά μέλη της ομάδας προγραμματισμού, έχοντας την άρχική έγκριση τών υπεύθυνων της κυβέρνησης για τό προτεινόμενο άναπτυξιακό σχέδιο, πρέπει να πλαισιωθούν άπό εκπροσώπους του διοικητικού και οικονομικού κλάδου του φορέα υγείας για να έπεξεργαστούν, χωρισμένοι σε υποομάδες, όλες τις λεπτομέρειες ύλοποίησης του προγράμματος άνάπτυξης υγειονομικού δυναμικού. Είναι σκόπιμο όλες οι υποθέσεις, ύπολογισμοί, τεκμηριώσεις, εκτιμήσεις και προτάσεις να καταγραφούν σε μία τελική έκθεση με σύμφωνη γνώμη όλων τών μελών της ομάδας.

Τό τελευταίο στάδιο περιλαμβάνει την παρακολούθηση της εφαρμογής του προγράμματος και την αξιολόγηση της άποτελεσματικότητάς του. Πρέπει να θεωρείται, μάλιστα, βέβαιο ότι, όσο κι άν προσέξουμε στο σχεδιασμό, θα παρουσιαστούν άπρόβλεπτα προβλήματα, που ή αντιμετώπισή τους θα αίταιήσει τροποποίη-

42. Βλέπε παραπ. 28.

43. Δημητριάδου Α., «Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα», περ. *Ίατρική*, τόμ. 38, τεχ. 6/4, Άθήνα, Δεκ. 1980, σελ. 35.

σεις, περιορισμούς ή επεκτάσεις του εφαρμοζόμενου αναπτυξιακού σχεδίου. Η έπαφή, λοιπόν, και συνεργασία τών μελών της ομάδας προγραμματισμού με τούς φορείς και τά πρόσωπα που έχουν ανάλαβει την πραγματοποίηση τών προτάσεών τους γίνεται αναγκαστικά διαρκής και πολύπλευρη.

Συνοψίζοντας έπισημαίνουμε ότι έπαρκής ανάπτυξη του ύγειοοικονομικού δυναμικού μιάς χώρας περιλαμβάνει όλες τις προσπάθειες πρόβλεψης και σχεδιασμού της αριθμητικής ισορρόπησης και της ποιοτικής του έπαρκειας με έμφαση στους τομείς της έπιλογής, της εκπαίδευσης και μεταεκπαίδευσης και ακόμα της όρθης επαγγελματικής άποκατάστασης και της συνολικής αξιοποίησης τους. Η διεύθυνση, ό συντονισμός και ή παρακολούθηση τών ενεργειών και δραστηριοτήτων τών ύγειοοικονομικών θά διασφαλίσουν την έπιτυχία του γενικού σχεδιασμού.⁴⁴

Στή χώρα μας, μιά τέτοια συγκροτημένη και συνεπής μεθόδευση στήν ανάπτυξη του ύγειοοικονομικού δέν έναρμόστηκε ποτέ μέχρι τώρα. Υπήρξαν σκέψεις και προτάσεις, αλλά όχι πολιτική ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού σέ επιστημονική βάση. Αυτό συμβαίνει, βέβαια, και σέ άλλους τομείς εκτός από την ύγεια. Έχουμε πληθωρισμό ιατρικού δυναμικού στήν Άθηνά, αλλά τό ίδιο συμβαίνει και με τούς πολιτικούς μηχανικούς. Η ανάλογα πολιτικού μηχανικού/κατοίκου είναι 1/200 στήν πρατεύουσα και χαρακτηριστικά 1/3.000 στήν Αιτωλο-Άκαρνανία.⁴⁵ Και όπου έγιναν κάποιες προσπάθειες, δέν έξαφάλισαν πλατεί άποστήριξη και άποδοχή ούτε είχαν κάποια συνέχεια. Αυτό, ιδιαίτερα στόν τομέα της ύγειας, είχε σαν αποτέλεσμα τή γεωμετρική συσσώρευση προβλημάτων σέ σχέση τόσο με τόν αριθμό και τίς αναλογίες τών ύγειοοικονομικών όσο και με την ποιότητα τών ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρουν και την άποδοτικότητα τών ίδιων σάν επαγγελματιών.

μιά σφαιρική αντίληψη για τόν προγραμματισμό του ιατρικού δυναμικού

Έκτός από την ανάγκη για συνολικό έπαναπροσδιορισμό τών τρόπων προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, αντικειμενικός σκοπός της έρευνας στό χώρο της ύγειας δέν είναι μόνο ή διερεύνηση της δυνατότητας για άριστοποίηση τών άριθμών και αναλογιών, αλλά ή ριζική βελτίωση της σέ όφελος όλων τών κοινωνικών τάξεων μιάς χώρας.⁴⁶ Η ύγεια, όπέρτατο και άναγκαίο για όλους αγαθό, πρέπει να προσφέρειται ισότιμα σέ όλους τούς πολίτες χωρίς διακρίσεις. Άνοιγονται, έτσι, πολλά περιθώρια για μελέτη, δράση και πρόβληματισμό. Στήν Έλλάδα, δείχνουμε μεγάλη άδυναμία στόν προγραμματισμό του συστήματος ύγειας μας και άδιαφορία στήν αντιμετώπιση τών δυσμορφιών του. Όπως είναι σήμερα τά πράγματα, χωρίς έγκαιρη, προγραμματισμένη και δυναμική πα-

ρέμβαση του κράτους σέ σωστές κατευθύνσεις οι άνισότητες μεταξύ κέντρων περίθαλψης, πληθυσμιακών ομάδων και κοινωνικών τάξεων στήν ύγεια θά αυξάνονται σέ βάρος μάλιστα τών λαϊκών μαζών που έχουν συνήθως και τίς περισσότερες ανάγκες ύγειας, άφου είναι εκτεθειμένες σέ μεγαλύτερους κινδύνους από τή φύση, τό χώρο και τίς συνθήκες έργασίας,⁴⁷ από τό ύποβαθμισμένο περιβάλλον και τίς κακές κατοικίες, από τίς δύσκολες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ζωής τους.⁴⁸ Αναπόφευκτα, όμως, αυτές οι άνισότητες επεκτείνονται και στους ίδιους τούς ύγειοοικονομικούς δημιουργώντας ομάδες εκλεκτών, πλούσια άμειβόμενων, και άλλες χαμηλόμισθων και άπόλυτα έξαρτημένων.

Αυτή, λοιπόν, ή κατάσταση του ιατρικού δυναμικού της Έλλάδας και αυτές οι τάσεις στήν ανάπτυξη του ύγειοοικονομικού γενικά δυναμικού της δέν είναι τυχαία πράγματα, αλλά, όπως έχει ειπωθεί και από άλλους,⁴⁹ άκολουθούν τίς διαρθρωτικές ρυθμίσεις στό σύστημα ύγειας της χώρας μας και, συγχρόνως, αναπαράγουν τίς άτελείες του. Υπάρχει συγκέντρωση ύπηρεσιών, νοσοκομειακών κρεβατιών και φορέων ύγειοοικονομικής εκπαίδευσης στήν περιοχή της πρωτεύουσας. Η έλλειψη, όμως, άποκέντρωσης, βασική άδυναμία του τομέα της ύγειας,⁵⁰ παρακολουθεί και άκολουθείται από άνάλογες ρυθμίσεις σέ άλλους τομείς της κοινωνικής μας ζωής.

Μιά συνδυασμένη, σφαιρική αντιμετώπιση τών προβλημάτων στήν ανάπτυξη και αξιοποίηση του ιατρικού δυναμικού μας προϋποθέτει, για να έχει κάποια έπιτυχία, παράλληλη αντιμετώπιση τών προβλημάτων που παρουσιάζονται σέ όλόκληρο τό σύστημα ύγειας, όπως και τών άλλων συναφών αναπτυξιακών τομέων της έλληνικής κοινωνίας. Μιά τέτοια δομική αντιμετώπιση προτείνεται και από ειδικούς της Παγκόσμιας Όργάνωσης Ύγειας.⁵¹

Η λογική σειρά που θά πρέπει να άκολουθηθεί για τόν προγραμματισμό σέ μιά τέτοια περίπτωση είναι πρώτα ανάπτυξη ενός κεντρικού κοινωνικο-οικονομικού προγραμματισμού, ανάπτυξη στή συνέχεια του προγραμματισμού για όλόκληρο τό σύστημα ύγειας και τέλος προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στό σύνολο και στους ειδικούς επαγγελματικούς κλάδους του.

Σήμερα, οι γιατροί ή ό ύγειοοικονομικοί δέν μπορούν να φέρουν μόνοι τους την άνοιξη. Η προγραμματισμένη, όμως, διασπορά πολιηητικών, θεραπευτικών και εκπαιδευτικών κέντρων, που θά άκολουθήσει τή γενικότερη κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική όρθολογική ανάπτυξη της χώρας μας, μπορεί γρήγορα να στρέψει τό ένδιαφέρον τών γιατρών και κάθε έπιστήμονα για έγκατάσταση και άπασχόληση του στήν έπαρχία με στόχο καλύτερη ποιότητα ζωής. Με τέ-

47. Kinnerly P., *The Hazards of Work*, Pluto Press, London, 1974.

48. Βλέπε παρ. 7

49. Βλέπε παρ. 4.

50. Βλέπε παρ. 3.

51. Council for International Organizations of Medical Sciences, *Health Needs of Society: A Challenge for Medical Education*, WHO, Geneva 1977, σελ. 108 και σχήμα 2.

44. WHO, *Modern Management Methods and the Organization of Health Services*, Public Health Papers No. 55, Geneva, 1974.

45. ΕΣΥΕ, *Στατιστική Έπετηρίς της Έλλάδος*, 1979.

46. «Making Policy in the Dark», *British Medical Journal*, Sept. 1978, σελ. 652.

τορες μόνο προϋποθέσεις, οι προοπτικές για εξέλιξη στην καριέρα τους γίνονται συγκεκριμένες και οι δυνατότητες για ικανοποίηση των επιστημονικών και κοινωνικών επιδιώξεων και προσδοκιών τους διαγράφονται επαρκείς και ρεαλιστικές.

Μέ τις σημερινές συνθήκες στο χώρο της υγείας, πρακτικές συλλογικότερης εξάσκησης του επαγγέλματος του γιατρού θα μπορούσαν τουλάχιστο να συμβάλουν στην αλληλοενημέρωση, πληροφόρηση και επικοινωνία των γιατρών, ιδιαίτερα στην επαρχία, για να ανταποκριθούν καλύτερα στις σύγχρονες απαιτήσεις της υγείας. Και έδω, βέβαια, προϋπόθεση είναι όλες αυτές οι εναλλακτικές ενέργειες να μεθοδεύονται και να ελέγχονται από έναν κρατικό ενιαίο φορέα υγείας και όχι να αφήνονται στην ιδιωτική κερδοσκοπική βουλμία κλινικαρχών ή μεγαλογιατρών.⁵² Στόν προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, το αίτημα για βελτίωση του συστήματος υγείας μας αποβλέπει στην επίδωξη ανάπτυξης υγειονομικού σώματος ικανού να ανταποκριθεί με υπευθυνότητα και γνώση στις διαπιστωμένες ανάγκες υγείας κάθε κοινωνικού μέλους οποιασδήποτε κοινωνικής τάξης σε οποιαδήποτε περιοχή της χώρας. Γίνεται κατανοητό ότι οι ανάγκες υγείας δένν περιορίζονται μόνο στη θεραπεία της ασθένειας, αλλά κυρίως στην πρόληψη της και, φυσικά, στην άποκατάσταση του άρρώστου. Έπειδή, μάλιστα, οι αντικειμενικές ανάγκες υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστούν με ακρίβεια και, συγχρόνως, οι παράγοντες που προκαλούν τις ασθένειες πολλαπλοί και κάποτε άπροσδιόριστοι, είναι σκόπιμο να ενθαρρυνθούν, συστηματικά, έρευνητικά προγράμματα για την έπισημανση των κινδύνων υγείας και την ανάπτυξη μέσων και τρόπων αντιμετώπισής τους.

υγεία και υπανάπτυξη

Θά μπορούσαμε, όμως, να προχωρήσουμε σε βαθύτερες διεισδύσεις στα προβλήματα υγείας και ανισομερης κατανομής του αριθμού και της ποιότητας του υγειονομικού μας δυναμικού ξεκινώντας από τις επεξεργασμένες έρευνητικά θέσεις του V. Navarro.⁵³ Οι θέσεις αυτές αφορούν, βέβαια, χώρες της Λατινικής Αμερικής κυρίως, αλλά έχουν μεγάλη σχετικότητα με την κατάσταση του συστήματος υγείας και στη χώρα μας.

Μέ μιά τέτοια θεώρηση, θά αναζητήσουμε τά γενεσιουργά αίτια των ανισομερειών και ανισοτήτων υγείας στους ίδιους ακριβώς παράγοντες που αποφασίζουν για τό επίπεδο ανάπτυξης ή υπανάπτυξης και άλλων τομέων της κοινωνικής μας ζωής.

Αυτά τά αίτια έντοπίζονται στην οικονομική, τεχνολογική και, μερικά, πολιτική και κοινωνικοπολιτική εξέλιξη της χώρας μας από άλλες βιομηχανικά άνεπτυγμένες δυτικές χώρες, που τείνουν να

επιβάλουν τό ρυθμό και τις κατευθύνσεις της δικής τους αναπτυξιακής πολιτικής.⁵⁴ Αυτό συντελεί στό να παίρνονται αποφάσεις και να γίνονται έπιλογές που δένν ταυρίζουν στόν τόπο μας και συγχρόνως διαιωνίζουν την εξάρτηση απειλώντας ποικιλότροπα την υγεία.⁵⁵ Παράλληλα, οι χώρες αυτές έχουν κάθε λόγο και προσπαθούν να επιδράσουν μέ προσδοφόρο για εκείνες τρόπο στην ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία μας. Έπιχειρείται ακόμα συνδυασμένος οικονομικός και πολιτικός έλεγχος των κέντρων χρηματοδότησης και αποφάσεων, που αφορούν την υγεία, από περιορισμένες αριθμητικά ομάδες ίσχυρών με ειδικά συμφέροντα και ένδιαφέροντα, φυσικά και μέσα στη χώρα μας.⁵⁶ Οι μεγαλό-φαρμακευτικές εταιρείες, για παράδειγμα, μέ οικονομική ή πολιτική δύναμη και έπιρροές θά είχαν κάθε συμφέρον να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη θεραπευτική παρά στην προληπτική της υγείας, παρόλο που ή πρόληψη θεωρείται, και πρέπει να θεωρείται, ό άποτελεσματικότερος και φθηνότερος τρόπος καταπολέμησης της ασθένειας. Όπως είναι γνωστό, γι' αυτό τό σκοπό έχουν δημιουργήσει ένα πολύπλοκο κύκλωμα διαφήμισης, προώθησης και διάθεσης των φαρμάκων, τό τεράστιο κόστος του οποίου βαρύνει μάλιστα τόν καταναλωτή φαρμάκων.

Ανάλογες, δυσμενείς έπιπτώσεις στη δημόσια υγεία έχει ή στάση των μεγάλων βιομηχανικών ή τουριστικών μονάδων, όταν άρνούνται να εφαρμόσουν μέτρα για τί μόλυνση. Η θέσπιση μέτρων περιορισμού της αλόγιστης υποβάθμισης του περιβάλλοντος, που πολλές φορές προκαλούν, τους κάνει να αντιδρούν μέ κάθε τρόπο, αφού θά έχει σάν άποτέλεσμα κάποιον περιορισμό του κέρδους. Η τήρηση, έπίσης, αστήρων κανονισμών επαγγελματικής υγιεινής και ασφάλειας θά τους έβρισκε αντίθετους, αφού είναι πιθανό ότι θά έπιηράζε την παραγωγικότητα του εργατικού τους δυναμικού. Αυτή, όμως, είναι μιά κοντόφθαλμη αντίληψη, γιατί τό κοινωνικό κόστος σε μιά κοινωνία υγιών ατόμων ελαττώνεται άποφασιστικά, ένδω και ή παραγωγικότητα της εργασίας θά μπορούσε μακροπρόθεσμα να βελτιωθεί μέ τί δημιουργία της κατάλληλης υποδομής και την ανάπτυξη της βιομηχανικής έρευνας.

Δέν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι έχουμε μηδενικό αριθμό γιατρών ειδικοευμένων στην επαγγελματική υγιεινή και ότι έχει γίνει ελάχιστη έρευνα για τις επαγγελματικές ασθένειες. Δέν είναι τυχαίο ότι έχουμε άοσπασματική ιατρική και φαρμακολογική έρευνα. Είναι άποτέλεσμα συγκεκριμένων και αντιλαϊκών, μάλιστα, μέχρι τώρα έπιλογών.

Έξαφάνιση των αδυναμιών, σύμφωνα με ένα τέτοιο σκεπτικό, σημαίνει πραγματοποίηση οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών ριζικών αλλαγών και αναδιαρθρώσεων για υγιεινές συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, καλύτερο φυσικό περιβάλλον, άνθρωπι-

52. Ρίχος Εύάγγ., «Νοσοκομεία: Τά άναπάντητα έρωτήματα πολλαπλασιάζονται». *Οικονομικός Ταχυδρόμος*, άρ. φύλλ. 12(1246), 23.3.78.

53. «The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment», *International Journal of Health Services*, 4(1): 5-27, 1974.

54. Navarro V., *Medicine under Capitalism*, Prodist, N.Y., 1976.

55. Doyal L., Pennell I., *The Political Economy of Health*, Pluto Press, London, 1979.

56. Navarro V., *Class Struggle, the State and Medicine*, M. Robertson, Oxford, 1978, σελ. 75.

νότερες σχέσεις και γενικά όρθολογικότερες αναπτυξιακές επιλογές της ελληνικής κοινωνίας. Μιά τέτοια αντιμετώπιση περνάει τά όρια της ιατρικής επιστήμης και άναζητεί λύσεις στά σημεία προσέγγισης και άλληλοκάλυψής της μέ τις άλλες κοινωνικές επιστήμες και πίο πέρα μέ την πάλη γιά τή ζωή, τήν ισότητα και τήν ειρήνη.⁵⁷ Ή ίδια ή ύπανάπτυξη είναι πρόβλημα και ύγείας, ενώ συγχρόνως όριοθετεί τά πλαίσια όργάνωσης του συστήματος ύπηρεσιών ύγείας και προκαλεί τις δυσλειτουργίες του. Ή φτώχεια, ή άγνοια και ή εκμετάλλευση άνθρώπου από άνθρωπο, όπως γράφτηκε χαρακτηριστικά,⁵⁸ είναι οι μεγαλύτεροι έχθροι γιά τήν ύγεια. Γιά τά μήν ύπάρχει εκμετάλλευση και στήν ύγεια, ή κοινωνικοποίηση της ύγείας είναι άναγκαία και πρώτη επιλογή, όστε νά εξασφαλιστεί και ή συμμετοχή του πληθυσμού στις διαδικασίες όργάνωσης και συνολικής άπόκτισης της.

Σέ ένα τέτοιο σύστημα ύγείας, ό ρόλος του γιατρού δέν είναι μόνο νά γιαντρέυει, αλλά, τά πολύ, νά προλαβάνει τήν άσθένεια εδαισθητοποιώντας και διδάσκοντας τους συνανθρώπους του.⁵⁹ Είναι χρέος του νά κινητοποιεί τόν πολιτικό, νά αγωνίζεται γιά τις εκτεταμένες σέ κινδύνους ύγείας μάζες, νά συμβουλεύει και νά συμβουλευέται τους άλλους κοινωνικούς επιστήμονες, νά άκούει τόν παραπονεμένο άρρωστο, νά δίνει τά χέρια μέ τους άλλους ύγειονομικούς. Τό ίδιο ίσχύει και γιά τους άλλους επαγγελματίες ύγείας, πού θά πρέπει νά άποδεχτούν και νά προετοιμαστούν γιά ένα νεο και πίο ύπεύθυνο κοινωνικό ρόλο, άφού μάλιστα τους άφορά άμεσα και τους χαρακτηρίζει συγχρόνως. Είναι εύκολο νά επιστημονικά τά προβλήματα της ύγείας, δέν είναι τόσο δύσκολο νά συστησουμε κάποιες λύσεις τους, αλλά γιά νά επιτύχουμε άλλαγές είναι πολύ δύσκολο, άφού άπαιτείται άνατροπή κατεστημένων μορφών δράσης και συμπεριφοράς.⁶⁰

άνθρώπινος παράγοντας και ύγεια

Άφού μιλάμε γιά τόν άνθρώπινο παράγοντα στήν ύγεια, άξίζει νά σταθοΰμε λίγο στή συμμετοχή και ύπευθυνότητα του πολίτη σέ σχέση μέ τήν ύγεια, όπως πλατιά όρίστηκε.

Είναι άρκετά γνωστή ή κριτική στάση του Ivan Illich⁶¹ πού διατυπώνει τήν άμφισβήτηση γιά τόν τρόπο πού εξασκείται ή σύγχρονη ιατρική και όργανώνεται ή ύγεια σέ βαθμό πού νά άπειλεί ή ίδια ή ιατρική τόν σύγχρονο άνθρωπο. Έκείνο, όμως, πού θά πρέπει νά συζητήσουμε είναι ό τρόπος αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος. Ό Illich καταλήγει νά ύποστηρίζει ότι εκείνο πού φταίει μέ τήν ύγεια είναι ή γραφειοκρατική της όργάνωση και ή έμφαση στή θε-

ραπειτική-τεχνολογική της ανάπτυξη, πού τά θεωρεί άρνητικά χαρακτηριστικά της βιομηχανικής κοινωνίας. Προτείνει, λοιπόν, άποδέμεση από τόν βιομηχανικό τρόπο ανάπτυξης, γιά νά άποφραχθούν και οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι ύγείας, και παράλληλα καταπολέμηση της γραφειοκρατίας και άμφισβήτηση της άσθεντίας τών γιατρών και τών ύγειονομικών. Άυτή είναι ή επιλογή πού θά πρέπει, σύμφωνα μέ τή γνώμη του, νά κάνει ό σημερινός άνθρωπος, και σέ αυτή τήν κατεύθυνση ζητάει τή συμμετοχή και ενεργοποίησή του έσω ή, μάλλον, κυρίως άτομικά.

Δέν μπορούμε, βέβαια, νά δεχτοΰμε άβασάνιστα ότι ή σύγχρονη ιατρική δέν βοηθάει σήμερα τόν άνθρωπο, ούτε νά ίσοπεδώσουμε όλες τις βιομηχανικά άνεπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες κοινωνίες. Δέν μπορούμε νά περιμένουμε από τό μεμονωμένο άτομο νά κινηθεί σέ ένα κενό γιά νά εξασφαλιστεί μόνο του ύγιεινή διαβίωση. Αυτό μέ τις σημερινές συνθήκες μοιάζει έξωπραγματικό και άνεφάρμοστο.

Ό σημερινός άνθρωπος πρέπει νά κινηθεί συλλογικά και όργανωμένα γιά νά πάρει στά χέρια του τό θέμα της ύγείας και νά κάνει ύπόθεσή του τις καθημερινές επιλογές στήν ανάπτυξη και επέκτασή της. Ή θέληση, όμως, ενός λαού και ή πίστη του γιά καλύτερες συνθήκες πού νά του εξασφαλίζουν τήν ύγεια δέν έπαρκει. Είναι άπαραίτητο νά διαμορφωθούν θεσμοί πού θά διευκολύνουν τή συλλογική δράση και εύθνη και θά επιτρέπουν νά άκουστεί ή γνήσια φωνή του.

Όταν καλοΰμε ένα λαό νά συμμετάσχει σέ έναν άγώνα γιά τήν εξασφάλιση και διατήρηση της ύγείας του, πρέπει νά τόν όπλισουμε μέ μέσα, φρόνηση και γνώσεις γιά νά άπαιτεί ρεαλιστικά και νά άποδέχεται ύπεύθυνα και κριτικά κάθε μεθόδευση πού άφορά τήν ίδια του τήν ύγεια, τήν ίδια του τή ζωή. Ό χάρος της ιατρικής ιδιαιτερία, πού είναι τόσο άνεξερεύνητος ή σκόπιμα προβάλλεται μυστηριακός γιά τόν άπλό άνθρωπο, δύσκολα καταχτιέται μέ άφορισμούς ή εκκλήσεις. Ό άπλός πολίτης, ό γιατρός, όλοι οι επαγγελματίες ύγείας, οι διάφοροι φορείς, τό ίδιο τό κράτος έχουν ύποχρέωση νά δραστηριοποιήσουν έντονα γιά νά γίνει κτήμα όλων τό ύπέρτατο αγαθό. Συμμετοχή και λαϊκή επιμόρφωση γιά τό λαό, ύπευθυνότητα και καλή πρόθεση από τήν πλευρά τών ύγειονομικών, άποκέντρωση του συστήματος ύγείας και περισσότερο πόροι και μέσα γιά τήν ύγεια από τήν πλευρά του κράτους είναι βασικές προϋποθέσεις.

Μέ τέτοιες, όμως, σκέψεις τόσο ό προγραμματισμός της ιατρικής εκπαίδευσης και της άξιοποίησης τών ικανοτήτων ή γνώσεων τών ύγειονομικών όσο και ή όργάνωση του συστήματος ύγείας γενικότερα περνάει σέ μία άλλη φάση, πού ή πρακτική της ύλοποίηση άπέχει πολύ από τήν άνάλογη πού έπιχειρήθηκε στήν έρευνά μας ή πού πραγματοποιείται καθημερινά στά εκπαιδευτικά ιδρύματα, στά νοσοκομεία ή τά ιατρεία μας.

πρόταξις

Άπαραίτητη προϋπόθεση γιά τή διαμόρφωση δικαιότερων και ρεαλιστικότερων στόχων γιά τήν ύγεια είναι ή βαθεία γνώση της κατάστασης ύγείας του πλη-

57. Ehrenreich J. ed., *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, Monthly Review Press, London, 1978.

58. Βλέπε παραρ. 6.

59. Βλέπε παραρ. 6.

60. Department of Health and Social Security, Welsh Office, *Health Trends*, τεύχ. 4, τόμ. 13, 1981, σελ. 108.

61. Illich I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Calder and Boyars, London, 1975.

θυσμού, τών υπηρεσιών που καλύπτουν αυτές τις ανάγκες, τών μέσων και του εξοπλισμού πού διαθέτουν, καθώς και τών υγειονομικών πού τις στελεχώνουν. Ιδιαίτερα, όμως, στον τομέα της ύγειας, η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια στην προσφορά υπηρεσιών εξαρτάται, κυρίως, από την ύπαρξη άρκετου και καλά εκπαιδευμένου υγειονομικού προσωπικού. Είναι, λοιπόν, μεγάλη ανάγκη και έχει άμεση προτεραιότητα για τη χώρα μας, όπως και για κάθε άλλη χώρα, η καθιέρωση βραχυπρόθεσμου και μακροπρόθεσμου προγραμματισμού για την ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού.

1. Ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της ύγειας πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο άποκλειστικής αρμοδιότητας ή ευθύνης του ίδιου φορέα με εκείνον της ύγειας. Μέχρι σήμερα, το ΥΚΥ, το Ύπουργείο Παιδείας, το Ύπουργείο Συντονισμού (ΚΕΠΕ), το ΤΣΑΥ και άλλοι φορείς εισηγούνται μέτρα για την αντιμετώπιση του θέματος. Οι δραστηριότητες αυτές πρέπει, τουλάχιστο, να ένοποιηθούν και να συστηματοποιηθούν.

2. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η επέκταση και αναδιοργάνωση της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Αναπτύξεως Ύγειονομικού Δυναμικού του ΥΚΥ. Στά πλαίσια της υπηρεσίας, θα πρέπει να συγκροτηθεί, σε μόνιμη βάση, διεπιστημονική Όμάδα Προγραμματισμού του Ανθρώπινου Δυναμικού για την Ύγεια. Οι επιστήμονες-έρευνητες, πού θα την πλαισιώσουν, θα πρέπει να έχουν βασικές γνώσεις και πείρα σε θέματα προγραμματισμού επαγγελματιών ύγειας. Στην έπιστημονική αυτή ομάδα θα πρέπει, απαραίτητα, να συμμετέχουν και εκπρόσωποι τών διαφόρων κλάδων υγειονομικών, πού θα επιλεγούν από τα συλλογικά τους όργανα.

3. Για τό σκοπό της κατάρτισης προγραμματιστών, θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν και στη χώρα μας σεμινάρια σε θέματα προγραμματισμού του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Ύγεια. Η Παγκόσμια Οργάνωση Ύγειας μπορεί να βοηθήσει στην κατεύθυνση αυτή στέλνοντας κάποιον ειδικό πού θα φροντίσει μαζί με άλλους Έλληνες συναδέλφους του για τό περιεχόμενο και την ποιότητα τών παρεχόμενων στό σεμινάρια γνώσεων, καθώς και τών τρόπων άφομοίωσης και εφαρμογής αυτών τών γνώσεων.

4. Είναι γνωστό ότι όχι μόνο η συνολική επάρκεια γιατρών αλλά η σωστή κατανομή τους στό χώρο και τις ειδικότητες και, κυρίως, η σωστή αναλογία τών διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών ύγειας μπορεί να φέρουν τά καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην άνοιχτη όσο και, κυρίως, στην κλειστή περίθαλψη. Τό Ύπουργείο Κοινωνικών Ύπηρεσιών θα πρέπει να δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές για τό χρόνο και τόν τρόπο πού θα εκπαιδευονται ή θα μετεκπαιδευονται όλες οι κατηγορίες υγειονομικών. Τό ίδιο Ύπουργείο θα καθορίσει τούς άπαιτούμενους, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, αριθμούς κάθε κατηγορίας επαγγελματιών ύγειας και, επομένως, τόν αριθμό τών εισαγομένων σπουδαστών και φοιτητών κάθε σχολής. Θά πρέπει, παράλληλα, να φροντίζει για τόν σωστό επαγγελματικό προσανατολισμό τών μελλοντικών σπουδαστών, καθώς επίσης και για την επαγγελματική άποκατάσταση τών υγειονομικών και την άποδοτι-

κότερη αξιοποίηση τών δυνατοτήτων τους.

5. Για τόν καλύτερο προγραμματισμό υγειονομικών, είναι σκόπιμο να λειτουργούν Γραφεία Προγραμματισμού Ύγειας και Ύγειονομικών σε περιφερειακή βάση, με στόχο την εκτίμηση τών αναγκών κάθε νομού και τη διερεύνηση τρόπων, μέσων και μεθόδων αντιμετώπισης τών γενικών και ειδικών προβλημάτων ύγειας. Με τη συνεργασία του κεντρικού Γραφείου Προγραμματισμού, θα πρέπει να καθοριστούν τά κριτήρια για την άξιολόγηση της ποιοτικής και ποσοτικής επάρκειας τού υγειονομικού δυναμικού σε κάθε περιοχή της χώρας. Μελέτες θα πρέπει, επίσης, να διεξαχθούν για τη διερεύνηση του νομοθετικού πλαισίου πού καθορίζει τούς τρόπους στελέχωσης σε υγειονομικό δυναμικό τών οργανισμών, τών κρατικών υπηρεσιών και τών ιδιωτικών επιχειρήσεων ύγειας.

6. Θά πρέπει, άκόμα, να γίνουν ειδικές έρευνες για τις σύνηθες εργασίες και άφάλασης, για τις μετακινήσεις και τό χρόνο εξάσκησης τού επαγγελματία τών υγειονομικών, καθώς και για την άποδοτικότερη χρήση του χρόνου τους και τούς έναλλακτικούς τρόπους άπασχόλησής τους, για να καλυφθούν τά υπάρχοντα κενά σε όρισμένες κατηγορίες υγειονομικών, όπως τών άδελφών νοσοκόμων.

7. Στην Ύπηρεσία Προγραμματισμού τού υγειονομικού δυναμικού θα πρέπει να λειτουργεί συμβουλευτικό τμήμα για τούς φοιτητές και σπουδαστές τών διαφόρων σχολών υγειονομικών, πού θα άπευθύνονται για τά προβλήματα σπουδών και θα ενημερώνονται για τις προοπτικές και τις έξελίξεις στό χώρο τού επαγγέλματός τους.

8. Στην ίδια υπηρεσία, θα γίνονται μελέτες και έισηγήσεις για τη δημιουργία νέων κλάδων υγειονομικών, όταν χρειάζονται και δέν τούς έχουμε στό χώρα μας, και θα εξετάζεται η ανάγκη για άναπροσαρμογή τών εκπαιδευτικών ή μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων τών σχολών, με βάση τις νέες άπαιτήσεις για τις ικανότητες και τις γνώσεις υγειονομικών.

9. Παράλληλα, θα γίνονται κατάλληλες ένεργειες για την προσέλευση προσωπικού και σπουδαστών σε όρισμένους κλάδους και τη διαφώτιση τού πληθυσμού, ώστε να χρησιμοποιεί σωστά τις υπηρεσίες πού μπορούν να τού προσφέρουν διάφορες κατηγορίες υγειονομικών.

10. Είναι απαραίτητο να καλύψει η Μηχανογραφική Ύπηρεσία τού ΥΚΥ τό κενό στην πληροφόρηση για τό ανθρώπινο δυναμικό πού καλύπτει την ύγεια, συστηματοποιώντας τά άρχεία τών επαγγελματιών ύγειας ή κάνοντας νέα άρχεία όπου δέν υπάρχουν.

11. Θά πρέπει να γίνει πλήρης καταγραφή όλων τών κατηγοριών υγειονομικών κάθε νομού της χώρας με τη βοήθεια της τοπικής αυτοδιοίκησης και τών τοπικών συλλόγων.

12. Είναι, τέλος, απαραίτητο να αξιολογείται και να έλέγχεται η πορεία τών προγραμματισμένων κάθε φορά υγειονομικών στόχων και να αναθεωρούνται στό σύνολο ή τά μέρη τους, άν άπαιτηθεί. Ειδική φροντίδα χρειάζεται για την εξομάλυνση καταστάσεων πού διαστεβλώνουν ή έμποδίζουν την ύλοποίηση τών προγραμμάτων.